

KAPITEL 2. METHODEN UND PROBANDEN

2.1 Rahmen der Studie - Psychosomatische Spenderevaluation in der Charité

Die in dieser Arbeit dargestellte Untersuchung fand in der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik der Universitätsklinik der Charité in Berlin, im Rahmen der vorgesehenen psychosomatischen Evaluation von Lebendspendern statt.

Die erste Leberlebendspende in der Klinik für Allgemein-, Visceral- und Transplantationschirurgie des Virchow-Klinikums der Charité wurde im Dezember 1999 vom chirurgischen Team von Prof. Neuhaus durchgeführt. Seitdem sind bis August 2004 insgesamt 144 Spender präoperativ evaluiert worden und insgesamt 85 Spenden sind durchgeführt worden. Im Rahmen der präoperativen Evaluation der Spender gehört neben den Untersuchungen zur medizinischen Eignung der Spender auch eine psychosomatische/psychologische Evaluation der Spender (siehe auch 1.3). Für die psychosomatische Evaluation der potentiellen Leberlebendspendern ist die Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik der Charité zuständig.

Die psychosomatische Untersuchung hat folgende Aufgaben:

- Die Freiwilligkeit der Entscheidung der Spender einzuschätzen (kein Zwang)
- Die Zustimmung der Spender nach Aufklärung zu sichern
- Die Beziehung der Spender zum Empfänger zu eruieren
- Vereinbarungen, Entschädigungen oder Organhandel auszuschließen
- Die persönlichen und sozialen Ressourcen bzw. das psychosoziale Risiko der Spender einzuschätzen
- Die Entscheidungsfähigkeit der Spender einzuschätzen

Zur psychosomatischen Evaluation gehören

- a) eine testpsychologische Untersuchung, die folgende Instrumente anwendet (GBB, BSF-30, SWOP, ALL, WHO, ACSA, NI – postoperativ zusätzlich FKV und PSQ) (siehe Anhang) und
- b) ein Evaluationsgespräch mit einem Klinikmitarbeiter nach einem vorab festgelegten Interviewleitfaden.

Bei Feststellung der medizinischen und psychologischen Eignung der Spender und erfolgter Spende, finden zwei weitere postoperative psychosomatische Untersuchungen (Katamnesen) sechs und zwölf Monate nach der Operation statt. In diesen wird über den postoperativen Verlauf gefragt; es wird das Auftreten von medizinischen und psychosozialen Komplikationen und die postoperative Bewältigung der Spender erforscht.

Demzufolge können die Spender bis zu insgesamt drei verschiedenen Zeitpunkten untersucht werden. An diesen unterschiedlichen Untersuchungszeitpunkten orientiert sich auch unser Forschungsdesign (siehe 2.5).

2.2 Begründung und Darstellung der ausgewählten Methoden

Um die Forschungsfragen nachzugehen werden in dieser Studie Methoden der Qualitativen Sozialforschung benutzt. In den folgenden Abschnitten werden allgemeine Informationen zum historischen und methodologischen Hintergrund der Qualitativen Sozialforschung gegeben, um kurz aber prägnant einen Überblick über diese Methode zu verschaffen. Gleichzeitig wird erklärt, warum es für diese Methode ausgewählt wurde, um die Ziele der Studie zu verfolgen.

2.2.1 Was sind Qualitative Methoden?

Die qualitative Sozialforschung ist ein weites Konzept und ein Sammelbegriff für zum Teil sehr verschiedenartige methodologische Ansätze in Psychologie, Soziologie, Pädagogik etc. Sie wurde von verschiedenen Denktraditionen beeinflusst und entwickelte sich in mehreren Richtungen sowohl im deutschen als auch im anglo-amerikanischen Raum. Die qualitative Sozialforschung fußt auf verstehend-interpretativen, interaktionistischen, phänomenologischen und naturalistischen Denktraditionen (Breuer, 1996).

In Deutschland ist der qualitative Ansatz in der Psychologie seit längerem präsent und spiegelt sich im 19. Jahrhundert in den Arbeiten von Freud und Piaget, die von der Beobachtung des Einzelfalls ausgingen, keine Hypothesen im Sinne einer quantitativen Forschung auf einer großen repräsentativen Stichprobe testeten und dennoch auf ihre Art mit wichtigen Aussagen zur Entwicklung psychologischer Konstrukte und Theorien beitrugen (Tesch, 1990). Ein weiteres bekanntes Beispiel ist Wilhelm Wundt, der neben den experimentellen Methoden auch verstehende und beschreibende Ansätze für seine Forschung

angewendet hat (Flick, 1995). Er führte den Begriff der „Völkerpsychologie“ ein. Laut Wundt eignet sich die „reine Beobachtung“ zur Methode für das Studium „völkerpsychologischer“ Abläufe, wie Sprache, Mythos oder Sitte (Flick 1995). Weiterhin waren am Anfang des 20. Jahrhunderts die Gestaltpsychologen darauf erpicht holistische Prozesse der menschlichen Emotionen, Erfahrungen und Denkens zu erfassen, die ihrer Meinung nach nicht kompatibel mit reduktionistischen Methoden waren (Frommer, Langenbach, Streck). Unglücklicherweise war es der Gestaltpsychologe Felix Krueger, der bei Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie 1933 erklärte mit den Nazis zusammen zu arbeiten. Aus diesem Grund und andere zusammenhängende Einflüsse wurde eine holistischer Ansatz in der Psychologie und die Entwicklung der Humanwissenschaften im deutschsprachigen Raum für mehrere Jahrzehnte in Misskredit geraten (Frommer, Hempfling & Tress, 1992; Herrmann, 1991, Krueger 1934). So orientierte sich die psychologische Forschung nach dem zweiten Weltkrieg am anglo-amerikanischen Paradigma, welches sich von den Wurzeln der deutschen Psychologie in der Phänomenologie und in der Gestaltpsychologie distanzierte. Aus diesem Grund und aus dem Bedürfnis als Naturwissenschaft anerkannt zu werden, setzte sich in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhundert in der akademischen Psychologie das an der nomologischen Forschung anlehende positivistische experimentelle Forschungsmodell durch.

Die Geistes- und Sozialwissenschaften befanden sich hingegen in einer etwas anderen Lage. In der Soziologie legte am Anfang des 20. Jahrhunderts Max Weber die Grundlagen für die Einbeziehung des Bereichs der Werte (sphere of values) in die empirische Forschung und führte den Begriff der Idealtypen ein. Unter dem Einfluss von Max Weber fängt - fast zur gleichen Zeit - Karl Jaspers an verstehende Ansätze in die Psychiatrie einzuführen. Darüberhinaus nahm der hermeneutische Ansatz eine zentrale Stellung unter den deutschen Philosophen mit Vertretern wie Dilthey, Gadamer und Habermas, ein. Dilthey definierte Hermeneutik als die Theorie des Verstehens von Lebensäußerungen durch Interpretation. Diese Lebensäußerungen werden als Äußerungen eines darunter liegenden Sinns verstanden. Das Verstehen eines Subjekts wird nach Dilthey am besten erreicht, wenn das Wissen des Hintergrundes und des Kontextes, in dem sich das Subjekt befindet, miteinbezogen werden kann. (Frommer et al. 2004). Dilthey war derjenige der den Unterschied zwischen erklärenden und verstehenden Wissenschaften bzw. zwischen Natur- und Geisteswissenschaften eingeführt hat. Diese Unterscheidung wurde von Windelband nomothetisch (für die Naturwissenschaften) und ideographisch (für die Geisteswissenschaften) genannt (Uexküll & Wesiack, 1991).

Im amerikanischen Raum spielten vom Ende des 19. Jahrhunderts bis in die 40er Jahren biographische Methoden, Fallanalysen und beschreibende Verfahren eine zentrale Rolle und es entstanden Studien wie „The Polish Peasant“ (Zaniecki, 1892) und die „Street Corner Society“ (Whyte, 1943). Die entsprechende Forschungstechnik war die teilnehmende Beobachtung, die zu einer ausgefeilten Erhebungs- und Analysemethode entwickelt wurde. Von besonderer Bedeutung zeigt sich in den 50er Jahren in den USA Blumer und die sogenannte Chicagoer Schule. Aus diesem Kreis ging nicht nur ein neuer grundlagentheoretischer Ansatz (der Symbolische Interaktionismus) hervor, sondern es wurden in den nächsten Jahren von den Anhängern auch alternative Forschungstechniken erprobt, die dem Blumerschen Prinzip, möglichst nahe an der „natürlichen sozialen Welt unserer alltäglichen Erfahrung“ zu bleiben, gerecht werden wollten. (Lamnek, 1995a). Nach einer kurzen Ruhephase in der die standardisierten, quantifizierenden Verfahren vorherrschten, erlebte die qualitative Forschung in den 60er Jahren in den USA vor allem mit den Arbeiten von Glaser & Strauss einen Aufschwung, der sich bis heute in mehrfachen Arbeiten wieder findet. In den siebziger Jahren hatte sich die qualitative Methodologie in den Vereinigten Staaten als eigenständiger Forschungsansatz bereits sowie etabliert, dass in diesem Zeitraum zahlreiche Standardwerke erscheinen und sich durchsetzen konnten, die eine gewisse Kodifizierung der entsprechenden theoretischen methodologischen und technischen Prinzipien qualitativer Sozialforschung anstrebten. In der Psychologie führte in den 70er Jahren Amedeo Giorgi, beeinflusst vom phänomenologischen Ansatz des deutschen Philosophen Husserl und den Arbeiten von Merlau-Pontys, seine psychologische phänomenologische Methode in die empirische psychologische Forschung ein. Dessen Aufgabe ist die psychologischen Phänomene zu erforschen, also zu verstehen, wie diese im Bewusstsein der Individuen repräsentiert werden bzw. den Sinn, den die Individuen ihren Erfahrungen geben, zu erfassen¹. Seine Methode ist seitdem durch verschiedene Entwicklungsstadien gegangen und etablierte sich als eine Methode der empirischen psychologischen Forschung. Im amerikanischen Raum sind bereits zahlreiche, mit Methoden der qualitativen Sozialforschung durchgeführten Arbeiten, unter anderem in der medizinischen Forschung, in der Nursingforschung und in der Psychotherapieforschung, entstanden, wie z.B. eine Reihe von Arbeiten von Corbin, Glaser und Strauss².

¹ Diese Ansicht von Giorgi basiert ursprünglich auf die Phänomenologie nach Husserl. Nach ihm ist die Phänomenologie eine Wissenschaft, die darauf zielt die Art, wie Objekte von Individuen erfahren werden und im Bewusstsein repräsentiert werden, zu enthüllen, sie ist die Wissenschaft der (Spinelli, 1989). essential structure of consciousness.

² Corbin J (1987). Women's perceptions and management of a pregnancy complicated by chronic illness. Corbin J & Strauss A (1984). Couples working together to manage chronic illness. Corbin J & Strauss A (1988).

Im deutschsprachigen Raum ist die Rezeption und Entwicklung qualitativer Sozialforschung zunächst durch einen gewissen „time lag“ und darüber hinaus durch eine unterscheidbare Schwerpunktsetzung charakterisiert. In den 70er Jahren versuchte die Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen die Theorie- und Forschungstradition des Symbolischen Interaktionismus, der Ethnomethodologie und Ethnographie einzuführen. Daraus entwickelte sich einige Jahre später eine intensive Rezeption der Forschungstechniken und es kam zu einer Ausdifferenzierung auch eigenständiger Ansätze. Es entwickelten sich in Deutschland mehrere auch eigenständige Ansätze oder Schulen qualitativer Forschung und die wissenschaftlichen Arbeiten in diesem Bereich vermehrten sich rasch, so dass Deutschland weltweit zu den Pionieren der qualitativen Forschung zählt (Flick, 1995a; Lamnek, 1993). Solche Beispiele sind unter anderem die Konversationsanalyse nach Schütze und die „Objektive Hermeneutik“, eine Methode der Textinterpretation, die in den 70er Jahren von Ulrich Oevermann, einem Habermas-Experten, entwickelt wurde. Diese verbindet Aspekte der psychoanalytischen Auffassung der Existenz von latenten Sinnstrukturen und der Konversationsanalyse und wurde in der Psychotherapie- und Supervisionsforschung angewendet. Mitte der 80er Jahre kann die qualitative Sozialforschung schließlich als etabliert angesehen werden und sie wird angewendet, um eine Reihe von Fragestellungen zu erforschen. Die Zahl der von der DFG und vom BMBF geförderten Projekte in den Sozial- und Geisteswissenschaften, aber auch in der Gesundheitsforschung, die mit Methoden der qualitativen Sozialforschung durchgeführt werden bzw. diese in Kombination mit quantitativen Methoden beinhalten, nimmt bis heute stetig zu.

Gegenstand qualitativer Sozialforschung sind psychologische oder soziale Phänomene, in deren Mittelpunkt menschliche Individuen oder Subjekte im Spiegel ihrer zwischenmenschlichen Beziehungen stehen. Somit findet sich die qualitative Sozialforschung im Spannungsfeld zwischen Ideographie und Nomothetik eher an der Seite der Ideographie³.

Im Gegensatz zu den quantitativen Methoden geht die qualitative Forschung nicht induktiv oder deduktiv, sondern eher abduktiv⁴ vor. Sie versucht nicht vorgefertigte, möglicherweise

Unending work and care: Managing chronic illness at home. Corbin J & Strauss A (1991) Comeback: Overcoming disability. Strauss A, Corbin J et al. (1984). Chronic illness and quality of life. Strauss A et al. (1985). The organisation of medical work. Glaser B & Strauss A (1965). Awareness of dying.

³ Die ideographische Forschung thematisiert die einzelne Person in ihrem individuellen Lebensbezug und die nomothetische Forschung bemüht sich um allgemeingültige Gesetzmäßigkeiten menschlichen Lebens (Bortz, 1984).

⁴ Der Begriff Abduktion wurde 1867 von Charles Sanders Peirce neben der Deduktion und der Induktion in die Logik eingeführt und bietet die Möglichkeit syllogistischen Schließens zur Erklärung überraschender Tatsachen, bei der vom Resultat und von der Regel auf den Fall geschlossen wird. So läßt sich beispielsweise aus der Regel "Alle Kartoffeln in dieser Kiste sind braun" und dem Resultat "Kartoffeln sind braun" der formale Fall "Diese Kartoffeln sind aus dieser Kiste" rekonstruieren. Abduktion ist daher die einzige logische Operation, die in eine

aus einer Theorie hergeleitete Hypothesen, Modelle oder Konstrukte auf eine Population zu testen bzw. zu übertragen, sondern Phänomene oder Lebenswelten in ihrem natürlichen Kontext und ihrer Komplexität möglichst umfangreich zu beschreiben, zu verstehen oder zu interpretieren und so aus bekannten Effekten oder Konsequenzen unbekannte Ursachen abzuleiten. Es wird nicht dem zur Testung vorabstrukturierten Modell Priorität gegeben, sondern der Realität. Das bedeutet jedoch nicht, dass man mit qualitativen Methoden vorgefertigte Hypothesen nicht ebenfalls testen könnte. Quantitative empirische Forschungsansätze werden keinesfalls abgelehnt. Vielmehr plädiert die qualitative Forschung für eine „Gegenstandsangemessenheit von Methoden und Theorie“ (Flick, 1995a; Flick, 1995b). Generell, ist das Ziel der qualitativen Forschung die untersuchten Phänomene zu enthüllen, die Erfahrung der Individuen zum Vorschein zu bringen, das Geschehene empathisch, interpretativ und rekonstruktiv nachzuvollziehen (v. Kardorff, 1991). Ein wichtiges Prinzip in der qualitativen Forschung ist das der *Offenheit*. Demnach sollte man sich möglichst unvoreingenommen dem Phänomen nähern, also so, „dass die theoretische Strukturierung des Forschungsgegenstandes zurückgestellt wird, bis sich die Strukturierung des Forschungsgegenstandes durch die Forschungssubjekte herausgebildet hat“. Dies gilt mehr für die Formulierung von Hypothesen und weniger für die Formulierung von Fragestellungen. Generell ist aber eine völlig vorurteilsfreie neutrale Forschung so gut wie unmöglich. Daher gilt es in der qualitativen Forschung das theoretische oder persönliche Vorverständnis zu explizieren, trotz Vorannahmen möglichst offen an das untersuchte Phänomen heranzugehen, die Reflexivität des Forschers und der Forschung zu berücksichtigen und Introspektion zuzulassen (Flick, 1995a).

In den letzten Jahren haben sich die qualitativen Methoden zu einem heterogenen und unübersichtlichen Feld entwickelt, möglicherweise auch aus der Notwendigkeit heraus die zunehmende Pluralisierung von Lebenswelten in der modernen Gesellschaft zu erfassen (Dörner, 1983; Flick). So decken die methodischen und theoretischen Ansätze der qualitativen Forschung ein Kontinuum, das sich von deskriptiven über interpretative bis zu hermeneutischen Paradigmen dehnt (siehe Anhang). Die in dieser Studie verwendeten Methoden stützen sich eher auf ein deskriptives-interpretatives Paradigma bzw. auf die Prämisse des symbolischen Interaktionismus, welcher besagt, dass die Dinge für Menschen eine Bedeutung haben und dass sie an Hand dieser Bedeutungen handeln und planen (Flick, 1995).

logische Argumentation irgendeine **neue Idee** einführen kann, indem sie in einem ersten Schritt eine "problematische" Theorie in Form einer "Vor-Aussage" hinsichtlich eines bestimmten Erwartungshorizontes aufstellt (Wirth, 1995).

Die Anwendungsbereiche der qualitativen Sozialforschung breiten sich über verschiedene Disziplinen, wie Soziologie, Psychologie, Politik, Medizin, Anthropologie, Geschichte, Volkswirtschaftslehre, Arbeits- und Betriebswissenschaften, Verhaltensforschung etc. aus. Sie werden angewendet, um z.B. soziologische, politische oder psychologische Fragestellungen zu beantworten, sie werden für die Evaluation von Projekten, bei Unternehmen oder in der Marktforschung eingesetzt, um Forschungsinstrumente zu erstellen oder Grundlagenwissen aufzubauen (Flick et al., 1995). Spezieller werden die qualitativen Methoden im Gesundheitsbereich eingesetzt, um den Einfluss von ökonomischen, politischen sozialen und kulturellen Prozesse auf die Gesundheit und Krankheit der Individuen zu erforschen; u, die Erfahrungen von Individuen und Gruppen bezüglich gesundheits- oder krankheitsrelevanter Themen zu verstehen; die zwischenmenschliche Interaktion in gesundheitsbezogenen Settings und Entscheidungsprozessen im Gesundheitsbereich zu erfassen; kontextbezogene Ergebnisse für die Erklärung quantitativer Ergebnisse zu erlangen oder die methodische Validität von Instrumenten zu verbessern; und um kausale Hypothesen, die aus klinischen oder epidemiologischen Studien entstehen, näher auszuführen (NHMRC, 2001).

2.2.2 Warum Qualitative Methoden?

Ich habe mich uns aus mehreren Gründen für die qualitativen Forschungsmethoden entschieden, die dem Untersuchungsgegenstand und der Forschungsfragen angemessen sind. Diese Gründe sind:

- Die Leberlebenspende ist ein relativ neues Forschungsfeld, über welches es nur geringe Vorkenntnisse aus früheren Studien gibt.
- Es fehlt eine systematische Wissensdokumentation zur Motivation, Entscheidungsfindung, Risikoeinschätzung und Verlauf aus der Sicht der Spender bei der LDLT.
- Es gibt kein standardisiertes Verfahren, um unsere Fragestellungen (Motivation, Entscheidung, Verlauf etc.) zu beantworten.
- Qualitative Methoden sind die angemessenen wissenschaftlichen Methoden, um komplexe Phänomene psychosozialer, psychologischer, soziologischer Natur, die noch nicht erforscht worden sind, in ihrem natürlichen Kontext zu untersuchen bzw. zu beschreiben, zu verstehen und zu erklären.

2.3 Forschungsdesign

Die klinischen Evaluationsgespräche (siehe 2.2) werden seit August 2000 zu Forschungszwecken auf Tonband aufgezeichnet. Die Spender werden an bis zu drei verschiedenen Zeitpunkten untersucht, einmal präoperativ und bei erfolgter Spende ein halbes sowie ein Jahr nach der Spende. An diesen unterschiedlichen Untersuchungszeitpunkten orientiert sich unser Forschungsdesign.

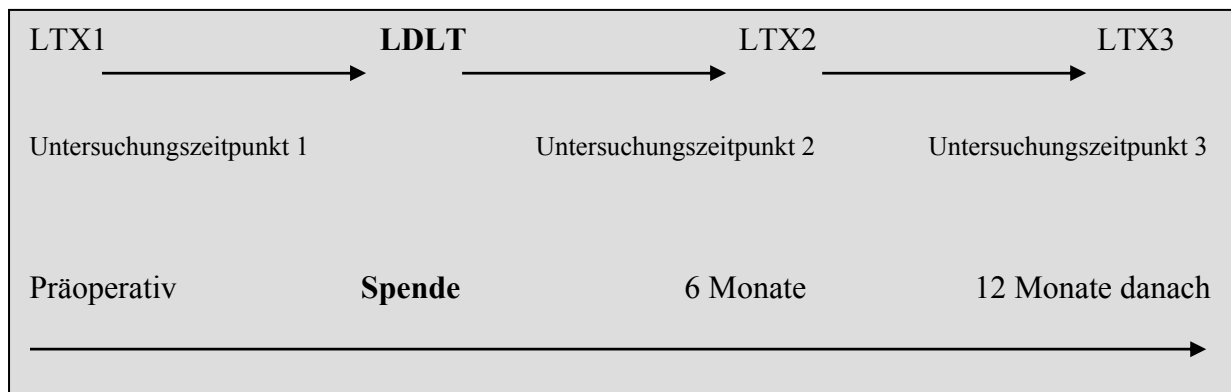


Abbildung 1. Untersuchungszeitpunkte

Die Untersuchung unterteilt sich in 3 Studien. Es werden bei jeder Studie konkrete Themen untersucht, die entweder vorher schon anhand der Forschungsfragen und der Schwerpunkte der Evaluation „festgelegt“ wurden. Gleichzeitig bleibt Raum offen für Themen, die während der Auswertung entstehen.

- **Studie A** - Querschnittstudie. Es werden die präoperativen Aussagen (Zeitpunkt 1) der Spender untersucht (N = 28).
Material: Achtundzwanzig transkribierte präoperative (Zeitpunkt 1) Interviews mit potentiellen Spendern.
Untersuchte Themen: Motivation, Entscheidungsfindung und Risikoeinschätzung, so wie zum Zeitpunkt des Interviews darüber berichtet wurde. (Diese Themen wurden u.a. innerhalb der Forschungsgruppe während des ersten Auswertungsschritts festgelegt und der Verfasserin zugeteilt – siehe 2.5.3.a).
- **Studie B** - Querschnittstudie. Es werden die postoperativen Aussagen (Zeitpunkt 2) der Spender untersucht (Probandenzahl = 18).

Material: Transkribierte postoperative Interviews (Zeitpunkt 2) von achtzehn der präoperativ untersuchten Spendern, die tatsächlich gespendet haben.

Untersuchte Themen: Verlauf, Komplikationen, Reflexionen über die Spende, Umgang damit, Kritik, rückblickend Aussagen zum Entscheidungsprozess. (Diese Themen sind schon im Interviewleitfaden festgelegt worden und entsprechen unseren Fragestellungen).

- **Studie C - Längsschnittstudie.** Es werden die präoperativen Aussagen (Zeitpunkt 1) in Zusammenhang mit den postoperativen Aussagen (Zeitpunkt 2) der Spender untersucht (Probandenzahl = 18).

Material und untersuchte Themen: Hier werden die aus der Auswertung der prä- und postoperativen Interviews entstandenen Kategorien vergleichend untersucht. Kategorien der prä- und postoperativen Interviews werden in Verbindung zu einander gebracht, um das untersuchte Phänomen im Verlauf zu verstehen. Es werden die Kategorien ausgewählt, die als relevant für die Beantwortung unserer Fragen gesehen werden.

Für die Studiendesigns B und C werden die postoperativen Aussagen der Spender untersucht, die zum Zeitpunkt 2, also 6 Monate nach der Operation, erhoben wurden. Zeitpunkt 2 wurde aus mehreren Gründen ausgewählt. Zeitpunkt 2 liegt chronologisch näher zur Spende. Dieser ist in der Regel die erste Begegnung der Spender mit der Klinik bzw. mit der Abteilung für Psychosomatik nach der Operation. Demzufolge können noch sehr „aktuelle“ Reaktionen der Spender erfasst werden. Weiterhin kann schneller mit der Auswertung der postoperativen Aussagen angefangen werden, anstatt 12 Monate auf die Datenerhebung zu warten. Letztlich vermuteten wir, dass der Verlust von „Probanden“ im Verlauf 6 Monate nach der Operation geringer sein wird als 12 Monate danach, vor allem wenn man bedenkt, dass die postoperative Evaluation keine Pflichtuntersuchung ist. Nur in Fällen, wo kein Gespräch bzw. Tonbandaufnahme unserer Probanden zum Zeitpunkt 2 vorliegt, werden die Aussagen zum Zeitpunkt 3 als Untersuchungsmaterial benutzt, wenn sie vorliegen.

2.4 Datenerhebung

2.4.1 Zugang zum Feld

Da die Studie im Rahmen der Kooperation der Klinik für Chirurgie und der Klinik für Psychosomatik bei den Vor- und Nachuntersuchungen der Spender stattgefunden hat, war der Zugang zum Feld und zur Stichprobe nicht schwierig. Die Evaluationsgespräche gehören zu den klinischen Aufgaben der Mitarbeiter der Klinik für Psychosomatik. Die Verfasserin dieser Arbeit ist eine der drei Mitarbeiter, die diese Interviews durchgeführt haben. Durch die persönliche Erfahrung im Forschungsfeld wird die in der qualitativen Forschung in der Regel erwünschte Nähe zum Forschungsgegenstand gesichert. Wichtig ist dabei, dass der Forscher über seine Erfahrungen reflektiert oder diese dokumentiert und sich seiner Vorannahmen und Haltungen bewusst wird, um dem Text bzw. den Aussagen des Interviewten auf einer dialektischen Weise zu begegnen, also diesen möglichst nahe zu bleiben. Somit soll die so genannte *Authentizität* in der qualitativen Forschung gewährleistet werden, d.h. den Forschungsgegenstand möglichst weitgehend in dessen eigenen Strukturen, in dessen Einzigartigkeit und Besonderheit zu verstehen und zu erfassen (Flick, 1995b).

2.4.2 Interviewkontext und Interviewer

Die potentiellen Spender bzw. die Spender, die tatsächlich gespendet haben (das bezieht sich auf die postoperativen Interviews) bekommen in der Regel von der Transplantationsambulanz der Klinik einen Terminplan für alle vorgesehene prä- oder postoperative Untersuchungen. Dazu gehört auch die psychosomatische Evaluation. Die psychosomatischen Evaluationsgespräche fanden in den Untersuchungsräumen bzw. in den Räumen der jeweiligen Mitarbeiter der Psychosomatischen Klinik, die die Evaluation durchführten, statt. In der Regel mussten die Spender vor dem Gespräch die testpsychologische Diagnostik in Form von Fragebogen beantworten.

Es handelte sich also hauptsächlich um klinische Gespräche und nicht um Gespräche, die zu Forschungszwecken durchgeführt wurden, was folglich den Charakter der Gespräche bestimmte. Gegenstand unserer Forschung sind diese klinischen Gespräche bzw. die Aussagen der Spender, die in diesem Kontext entstanden sind. Zu diesem Zweck wurden die Gespräche auf Tonband aufgezeichnet.

Vor Beginn des Interviews erklärten wir den Spendern, dass wir das Gespräch zu Studienzwecke auf Tonband aufzeichnen möchten. Es wurde den Spendern versichert, dass die Daten anonym behandelt werden, und es wurde um deren Einverständnis gebeten, was sie schriftlich oder mündlich gaben. Die Spender konnten sich auch gegen eine Tonaufzeichnung entscheiden. Insgesamt waren die Spender offen für eine Aufzeichnung.

Die Interviews führten drei unterschiedliche Mitarbeiter der Klinik. Zwei der Interviewer sind Ärzte und eine Interviewerin, die auch die Verfasserin dieser Arbeit ist, ist Psychologin. Alle drei Interviewer benutzten zum Gespräch einen für diese Evaluation speziell entwickelten Leitfaden.

2.4.3 Instrumente der Datenerhebung - Semistrukturierte Interviews

Sowohl für die prä- als auch für die postoperativen Untersuchungen wurden von einigen Mitgliedern der Forschungsgruppen zwei Leitfäden entwickelt (siehe Anhang). Das bedeutet, dass es sich nicht um streng strukturierte Gespräche handelte, sondern um semistrukturierte Leitfadeninterviews. Es ging nicht nur um das Stellen einiger Fragen oder um das bloße Abfragen von gewissen Themen, sondern auch darum, einen Gesamteindruck von den Spendern zu bekommen und den Spendern Raum zu geben über ihre Person, die aktuelle Situation und über die Spende zu erzählen. Gespräche sind etwas Lebendiges und die Richtung, die die Gespräche nehmen, hängt sowohl vom Interviewer als auch vom Interviewten ab. Das semistrukturierte Interview gibt dem Befragenden große Freiheiten in der Gestaltung der Frageformulierungen, der Frageabfolge etc. Der Interviewte wird zugleich aufgefordert nach eigenem Ermessen und nach Einschätzung des theoretischen Anliegens durch klärende Nachfragen zu ergänzen und Gesichtspunkte aufzugreifen, die von den Befragten unabhängig vom Leitfaden in die Interviewsituation eingebracht werden sollen, sofern sie im Fragekontext der Untersuchung als bedeutsam erscheinen (Hopf, 1995). Demzufolge wurde immer dann vom Leitfaden abgewichen, wenn eine Thematik angesprochen wurde, die von Bedeutung erschien oder nach „Klärung“ verlangte. Diesen Themen wurde Raum gegeben und es wurden weitere Fragen gestellt, die möglicherweise nicht im Leitfaden standen. Es wurde jedoch darauf geachtet, dass am Ende des Gesprächs alle Themenkomplexe abgehandelt wurden.

In der qualitativen Forschung gibt es eine Reihe von unterschiedlichen Interviewtypen bzw. von teilstandardisierten Interviews. Die im Rahmen dieser Studie durchgeführten Interviews

sind zwischen den Klinischen und den Problemzentrierten Interviews einzuordnen (Hopf, 1995). Diese Interviews haben somit folgende Merkmale:

- Es sind *mündliche-persönliche Interviews*.
- *Offenheit* gegenüber der untersuchten Person: dem Interviewten wird vom Sinn und Zweck der Untersuchung erzählt; es wird viel Spielraum für Aussagen oder Themen, die nicht vorab festgelegt wurden, gelassen.
- *Nicht-Standardisierung*, um größtmögliche Flexibilität zu erhalten.
- *Neutraler bis weicher Interviewstil*, d.h. der Interviewer animiert dem Befragten sehr vorsichtig sich zu gewissen Themen zu äußern bzw. der Interviewer verhält sich neutral (Lamnek, 1995).

Es ist hier wichtig zu erwähnen, dass die vorliegende Dissertationsarbeit Teil eines größeren Forschungsvorhabens einer gesamten Gruppe ist und dass die Forschungsfragen dieser Arbeit nach der Konstruktion der Leitfäden entstanden sind, die eher für die klinische Praxis bedacht waren. Das heißt, dass sich meine Forschungsfragen auch auf der Grundlage der klinischen Realität und der vorhandenen Leitfäden entwickelten, diese aber auch dementsprechend im Laufe der Forschung bzw. klinischen Praxis beeinflussten.

2.5 Darstellung des Interviewleitfadens prae- und post transplantationem

Für die Durchführung der psychosomatischen Evaluation prae- und post transplantationem wurden von den Mitarbeitern der Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik zwei Leitfäden zur Interviewdurchführung konstruiert. Diese Leitfäden entwickelten sich in Anlehnung an die Aufgaben und Ziele der psychosomatischen Untersuchung und an die vom Transplantationsgesetz gegebenen Richtlinien (siehe auch 1.3). So beinhalten die Leitfäden Fragen zu verschiedenen Themenkomplexen, die für die Evaluation der Spender von Relevanz sind (siehe Anhang).

In den präoperativen Interviews werden folgende Themenkomplexe behandelt:

➤ Entscheidungsprozess und Krankheit des Empfängers

Anhand dieses Themenkomplexes soll der Entscheidungsfindungsprozess des Spenders nachvollzogen werden. Da die Leberlebendspende in der Öffentlichkeit noch kein weitläufig bekanntes operatives Verfahren darstellt, interessiert zunächst, wie der Spender

von der Möglichkeit der Leberlebenspende erfuhr, bzw. wie er auf die Idee kam sich als Spender anzubieten. Es sollen die Art der Entscheidung, die Beweggründe und der Kontext, in dem die Entscheidung getroffen wurde, eruiert werden. Es soll auf die Rolle von Dritten bei der Entscheidung eingegangen werden und somit eventuell vorhandener Druck oder Zwang bei der Entscheidung identifiziert werden (Freiwilligkeitsaspekt). Da die Krankheit des Empfängers die Spende veranlasst bzw. notwendig macht, soll der Entscheidungsprozess in Zusammenhang mit der Krankheitsgeschichte des Empfängers besprochen werden.

➤ **Emotionale Reaktion und Risikoeinschätzung**

Der operative Eingriff ist für den sonst gesunden Spender mit gesundheitlichen Risiken verbunden, die er nicht eingehen müsste. Somit ist es wichtig, dass eine Einwilligung in die Spende nach Aufklärung und bei Kenntnis der Risiken erfolgt. Mit den Fragen zu diesem Themenkomplex soll evaluiert werden, welchen Kenntnisstand der Spender von dem geplanten Eingriff, dessen Risiken für sich und für den Empfänger und die Risikowahrnehmung und –einschätzung hat. Dies soll die Einsicht der Spender in ihre Entscheidung aufzeigen. Besonders soll auf die emotionale Reaktion der Spender bezüglich der Spende eingegangen werden. Es wird vor allem auf vorhandene Ängste und Zweifel bezüglich der Entscheidung eingegangen.

➤ **Beziehung zum Empfänger**

Die Lebenspende wird im Allgemeinen in Deutschland per Gesetz nur unter Verwandten bzw. unter sich emotional nah stehenden Personen erlaubt. Es soll also an dieser Stelle die Art der Beziehung, die Beziehungsgeschichte zwischen Spender und Empfänger und die emotionale Verbundenheit eingeschätzt werden sowie die Bedeutung der Spende für die Beziehung und deren mögliche Auswirkungen auf die Beziehung. Damit soll sichergestellt werden, dass die Spende zwischen Personen stattfindet, die sich nahe stehen, dass es keine besonderen (z.B. finanziellen) Vereinbarungen bezüglich der Spende zwischen Spender und Empfänger bestehen, die dem gewünschten freiwilligen Charakter der Spende widersprechen würden und dass keine Abhängigkeiten in der Spender-Empfänger-Beziehung bestehen.

➤ **Vorerkrankungen (auch Psychopathologie) und Substanzmissbrauch**

Mit diesem Themenkomplex (als auch mit dem nächsten) wird die Vollständigkeit der Anamnese des Spenders gesichert. Durch die Krankheitsvorgeschichte, die bisherige Krankheitsbewältigung und den möglichen Substanzenmissbrauch sollen die persönlichen körperlichen und psychischen Ressourcen des Spenders eingeschätzt werden. So können eventuell nicht geeignete Spender (z.B. bei vorhandener Psychopathologie, Schwierigkeiten in der Krankheitsbewältigung) identifiziert werden und es kann eine allgemeine prognostische Einschätzung für den postoperativen Verlauf gegeben werden.

➤ **Biographische Angaben**

Die biographischen Angaben dienen ebenfalls der Einschätzung der persönlichen und sozialen Ressourcen, über die der Spender verfügt und somit zur Einschätzung der „Eignung“ des Spenders. Die biographischen Angaben ermöglichen es, ein Gesamtbild der Person zu entwerfen und die Entscheidung zur Spende vor dem Hintergrund dieses Gesamtbildes einzuschätzen. Desweiteren können durch die biographische Erzählung wichtige Informationen zur Beziehung zum Empfänger und den familiären und finanziellen Verhältnissen des Spenders ermittelt werden.

➤ **Zukunftsperspektive**

Die Fragen zur Zukunftsplanung dienen dazu, die zeitliche Perspektive in der Erzählung des Spenders einzuführen. Hiermit sollen nicht nur die Ziele und Lebenspläne untersucht werden, somit also auch die Frage, ob eine tragfähige Zukunftsperspektive für den Spender besteht, sondern es soll noch eingeschätzt werden, welche zukünftigen Ereignisse – auch bezüglich der postoperativen Zeit - zugelassen werden und wie auf diese im Sinne eines proaktiven Copings (Aspinwall und Taylor 1997) eingegangen wird.

In den postoperativen Interviews wurden folgende Themenkomplexe behandelt:

➤ **Aktuelle Situation und Verlauf**

Wenn man bedenkt, dass wir weder über Erfahrungen und Daten über den postoperativen Zustand von Leberlebendspendern verfügen, noch im Sinne einer Verlaufs- bzw. Nachsorgeuntersuchung versiert sind, interessiert selbstverständlich, wie sich der körperliche, psychische und soziale Zustand der Spender nach der Operation entwickelte, ob Komplikationen auftraten und wie sie sich zum Zeitpunkt der Exploration fühlten. Es

soll das Ausmaß der Auswirkungen der Spende auf die körperliche und psychische Gesundheit des Spenders, auf sein soziales Leben und auf die Beziehung zum Empfänger untersucht werden und eventueller Interventionsbedarf identifiziert werden.

➤ **Entscheidungsfindung retrospektiv**

Bei der Abhandlung dieses Themenkomplexes soll der Spender aus der Retrospektive seinen Entscheidungsfindungsprozess beschreiben. So soll untersucht werden, ob die Erzählungen (prä- und postoperativ) über die Entscheidung zur Spende konstant bleiben und ob nach erfolgter Spende Aspekte ans Licht kommen, die präoperativ nicht zugelassen wurden. Somit kann auch eingeschätzt werden in wie fern der Spender seine Entscheidung zur Lebendspende akzeptieren und damit leben kann.

➤ **Erfahrung und Kritik**

Ähnlich wie beim vorigen Themenkomplex interessiert uns, wie die Spender die Transplantation erlebt haben und ob sie mit ihrer Entscheidung im Einklang stehen oder ob sie diese bereuen und wenn aus welchen Gründen. Ebenfalls interessiert aus ethischen und aus Qualitätssicherungsgründen, wie die Spender die präoperative Aufklärung empfunden haben, ob sie in der Lage waren die Risiken vorher einzuschätzen und wie zufrieden sie mit der Behandlung und ihrer Entscheidung sind. So konnte die präoperative Evaluation und Vorbereitung sowie die Nachsorge entsprechend verbessert werden.

➤ **Ausblick**

So wie im präoperativen Leitfaden interessiert postoperativ ebenfalls, wie die Spender sich ihre Zukunft vorstellen und eventuell wie gut sie den Anforderungen des Lebens nach der Spende gewachsen zu sein glauben. So kann die Auswirkung der Spende im aktuellen sowie im zukünftigen Leben nochmals eingeschätzt werden.

Die Themenkomplexe und die dazu entworfenen Fragen dienen als Anreiz zum Gespräch. Die Leitfäden wurden nicht zu Studienzwecken entwickelt, sondern um die Anforderungen der klinischen Evaluation zu erfüllen.

2.5.1 Untersuchungen am Menschen

Bei den Patienteninterviews entstehen keine körperlichen oder psychischen Gefahrensituationen. Gegenstand der Studie ist nicht ein neuartiges, bisher nicht im Einsatz befindliches Heilverfahren. Die Durchführung der Studie geschieht in Übereinstimmung mit der letzten Revision der Deklaration von Helsinki (2000 Edinburgh, Scotland). Studienprotokoll, Patienteninformation und Einwilligungserklärung wurden der zuständigen Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Humboldt-Universität zu Begutachtung und Stellungnahme vorgelegt. Das Studienvorhaben wurde von den Ethikkommissionen der Humboldt-Universität Berlin und der Otto-von-Guericke Universität Magdeburg als ethisch vertretbar angenommen.

2.6 Probanden

2.6.1 Probandenauswahl

Seit August 2000 werden die laufenden Evaluationsgespräche zu Forschungszwecken auf Tonband aufgezeichnet. Im Rahmen dieser Dissertationsarbeit wurden nicht die Interviews aller Probanden/Spender ausgewertet, sondern es wurde eine Auswahl getroffen.

Insgesamt könnte man sagen, dass die Stichproben in der qualitativen empirischen Forschung im Vergleich zur quantitativen empirischen Forschung kleiner sind. So untersuchen strukturalistisch orientierte Auswertungsmodelle z.B. in der Biographieforschung eine eher kleinere Anzahl von Probanden (z.B. 3-7), wobei beispielsweise die Qualitative Inhaltsanalyse oft eine größere Stichprobe erlaubt. Das Kriterium der „Repräsentativität“ wird in der qualitativen Forschung in der Regel mit einer Größe von 12-16 Probanden erreicht. In der qualitativen Sozialforschung hängt die Größe der Stichprobe oft von der Fragestellung und von der Auswertungsmethode ab. Die Stichprobenzahl und –charakteristika können entweder vorab festgelegt werden oder die Stichprobenauswahl kann auch schrittweise im Sinne eines „Theoretischen Sampling“ nach Glaser und Strauss (1967) erfolgen. Das heißt, dass Entscheidungen zur Auswahl und Zusammensetzung des empirischen Materials im Prozess der Datenerhebung und –auswertung sich nach den Ergebnissen der Auswertung und der Veränderung der Fragestellungen oder Interessen des Forschers richten, bis eine „theoretische Sättigung“ erreicht wird (Flick, 1998). Mit „theoretischer Sättigung“ ist

gemeint, dass es zu einer Kategorie oder zu einer Untersuchungsgruppe etc. inhaltlich keine zusätzliche Daten mehr gefunden werden, also sich nichts mehr Neues ergibt, was die Aussagekraft der Kategorie weiter entwickeln könnte. Nach diesem Prinzip bedeutet die absichtliche Selektion von Personen nicht unbedingt eine Einführung von Bias, sondern dient der Erweiterung, Kontrolle oder Revision der entwickelten Theorie (Glaser & Strauss, 1967). Bei der Auswahl der Stichprobe spielt eine Rolle, ob es das Ziel der Studie ist das Feld breit zu erfassen oder eine tiefgründige Analyse durchzuführen. Den Kompromiss zwischen Breite und Tiefe der Untersuchung bzw. der Ergebnisse bestimmen die Fragestellungen und Interessen des Forschers. Weiterhin ist bei der qualitativen Forschung nicht unbedingt immer der Informationsgehalt oder die Menge der zur Verfügung stehenden Probanden wichtig, sondern auch die Qualität der gewonnenen Daten.

In dieser Studie wurde zuerst eine Stichprobengröße von 19 Spendern festgelegt, deren Profil nicht vorher bestimmt wurde. Die Auswahl orientierte sich nach dem Kriterium der chronologischen Reihenfolge. Das heißt, diejenigen 19 Spender wurden ausgewählt, die als erste evaluiert worden waren und von denen eine Aufzeichnung des Gesprächs vorlag. Mit 19 Probanden würde die Studie über eine vergleichsweise große Stichprobe in der qualitativen Forschung verfügen. Somit ist die Wahrscheinlichkeit höher das untersuchte Phänomen in seiner Breite zu erfassen und unsere Forschungsfragen zu beantworten bzw. eine „theoretische Sättigung“ zu erreichen. Das erste aufgezeichnete Interview wurde nicht berücksichtigt, weil die Spenderin nicht über ausreichend Deutschkenntnisse verfügte. Diese 19 Spender sollten auch im Verlauf untersucht werden (siehe Studiendesign B, C). Während des Untersuchungsprozesses kam es jedoch zu einem Ausfall/Verlust von Probanden für die postoperative Untersuchung (die Verlaufsuntersuchung). Dies hatte hauptsächlich zwei Gründe: a) bei einigen Spendern ist es nie zur Spende gekommen, da sie aus medizinischen oder psychischen Gründen zur Spende nicht befürwortet wurden oder weil der Empfänger vor der Spende starb, b) einige Spender sind zur postoperativen Untersuchung nicht erschienen: einer, weil er im Ausland wohnte und ein weiterer, weil er nicht wollte ohne genauere Angaben zu machen (Tabelle 3). Alle Spender wurden über ihre Akzeptanz oder Ablehnung nach dem Aufklärungsgespräch informiert. Die Spender, die aus medizinischen Gründen abgelehnt wurden, wussten dies zum Zeitpunkt des Gesprächs nicht, anderweitig hätte es nicht stattfinden können. Die Probanden wurden für die Zwecke der Studie mit einer vierstelligen Nummer anonymisiert.

Tabelle 3. Begründung des Verlusts von Probanden

Spender	Grund für den Verlust der Probanden bzw. nicht stattgefundenen Spende oder nicht stattgefundenes postoperatives Gespräch
3183	Ablehnung - psychosomatische Gründe; wollte nicht spenden, Ambivalenz
3375	Ablehnung – medizinische Gründe; Fettleber
3522	Ablehnung – medizinische Gründe; Gefäßstatus
3524	Ablehnung – medizinische Gründe; Fettleber
3576	Ablehnung – medizinische Gründe; Fettleber
3669	Akzeptierter Spender, LDLT fand statt; Spender lehnte postoperative Untersuchung ab; schlechter Verlauf der Empfängerin
3720	Akzeptierter Spender- Empfänger ist vor dem Operationstermin verstorben
3744	Ablehnung – psychosomatische Gründe; wollte nicht spenden, Ambivalenz
3777	Ablehnung – psychosomatische Gründe; wollte nicht spenden, Ambivalenz

Aus diesem Grund wurde die präoperative Stichprobe auf 28 Spender erhöht, damit es „ausreichend“ Spender für die postoperative Untersuchung gab. So würde für die postoperative Studie bzw. für die Vergleichsstudie eine Stichprobe aus 18 Spendern bestehen. Die weiteren 9 Spender wurden nach folgenden Kriterien ausgewählt. Hauptsächlich sollten die Spender tatsächlich gespendet haben (damit eine Follow-up Studie möglich ist) und es sollte mindestens eine Aufnahme eines postoperativen Gesprächs vorliegen. Zweitens wurde versucht gleichzeitig in die Stichprobe Fälle einzubeziehen, die sich in einigen Merkmalen von den bisherigen Probanden unterschieden, z.B. in der Art der Beziehung/Verwandschaft, Outcome der LDLT bzw. Tod des Empfängers, Art der Erkrankung des Empfängers. Das Ziel war dadurch ein breites Spektrum an Spendergeschichten/-profilen zu schaffen.

So wurden die weiteren 9 Spender nach folgenden Merkmalen ausgewählt:

Tabelle 4. Die weiteren 9 selektierten Spender

Spender	Postoperative Aufzeichnung vorhanden	Weiteres Merkmal
4008	Ja	Kein weiteres besonderes Merkmal
4138	Ja	Kein weiteres besonderes Merkmal
4379	Ja	Andere Nationalität (Franzose)
4401	Ja	Kein weiteres besonderes Merkmal
4521	Ja	Erkrankung der Empfängerin (Alkohol- u. Drogeninduzierte Leberzirrhose & HCV-Infektion)
4783	Ja	Empfänger verstorben
4952	Ja	Empfänger verstorben
5105	Ja	Art der verwandtschaftlichen Beziehung -Tante; deutsche Bürgerschaft, ausländischer (türkischer) Herkunft
5127	Ja	Erberkrankung des Empfängers, familiär häufiger aufgetreten

2.6.2 Probandenbeschreibung

In diesem Abschnitt wird die Stichprobe für das Studiendesign A (N=28) und B/C (N=18) beschrieben. Es werden soziodemographische Daten der Spender angegeben, die Art der Beziehung zum Empfänger, die Erkrankung und Alter des Empfängers sowie der Grad der Dringlichkeit der Spende.

Tabelle 5. Beschreibung der Probanden – Studie A, N=28

Geschlecht	männlich n = 12 weiblich n = 16	Alter (Jahren)	26-35 n = 11 36-45 n = 1	46-60 n = 13 61-68 n = 3
Beruf	Lehrer: 6, Medizinisches Personal: 2, Handwerker/Ingenieure: 7, Anwälte: 2, Kaufmännischer Beruf: 4, Büroangestellte: 3, Verschiedenes: 4 von diesen: berentet 2, arbeitslos 7			
Spender- Empfänger Beziehung	<i>Eltern- und Großelterngeneration</i> 2 Mütter, 4 Väter, 1 Tante, 1 Großmutter	8	<i>Spende für erwachsene Empfänger</i> 25 <i>pädiatrische Empfänger</i> 3 (=Vater, Tante, Großmutter)	
	<i>Peergeneration</i> 3 Geschwister (2 Schwester, 1 Bruder) 7 Partner (6 Frauen, 1 Mann)	10		
	<i>Kindergeneration</i> (6 Söhne, 4 Töchter)	10		

Tabelle 6. Beschreibung der Probanden – Studiendesign B/C, N=18

Geschlecht	männlich n = 7 weiblich n = 11	Alter (Jahren)	26-35 n = 6 36-45 n = 1	46-60 n = 9 61-68 n = 2
Beruf	Lehrer: 3, Medizinisches Personal: 2, Handwerker/Ingenieure: 5, Anwälte: 1, Kaufmännischer Beruf: 2, Büroangestellte: 1, Verschiedenes: 4 von diesen: berentet 1, arbeitslos 3			
Spender- Empfänger Beziehung	<i>Eltern- und Großelterngeneration</i> 2 Mütter, 3 Väter, 1 Tante	6	<i>Spende für erwachsene Empfänger</i> 16 <i>pädiatrische Empfänger</i> 2 (=Vater, Tante)	
	<i>Peergeneration</i> 3 Geschwister (2 Schwester, 1 Bruder) 4 Partner (4 Frauen, 0 Mann)	7		
	<i>Kindergeneration</i> (3 Söhne, 2 Töchter)	5		

In allen 28 Fällen der Studie handelte es sich um eine Transplantation mit hoher Dringlichkeit. Es gab keine elektive Spenden bzw. Transplantationen. Die Alternative zur Leberlebendspende war in allen Fällen der Tod des Empfängers. Da jedoch beobachtet wurde, dass einige Fälle „dringlicher“ waren als andere, d.h. dass in einigen Fällen der Zustand der Empfänger sehr kritisch war und eine Spende möglichst schnell benötigt wurde, hat man versucht Stufen und Grade von Dringlichkeit einzuführen. Folgende Kriterien wurden festgelegt. Die Dringlichkeit wurde rein nach der Anzahl der Tage zwischen der psychosomatischen Evaluation und der Transplantation definiert, und nach der Zeit, in der der Spender sich über die Möglichkeit und Notwendigkeit einer Spende informiert und damit auseinandersetzt. Die Grenze, die gezogen wurde, ist willkürlich. Es handelt sich um den Versuch einer ersten Einordnung der Spender nach Dringlichkeit.

Tabelle 7. Einteilung der Spender nach Dringlichkeitsstufe

Dringlichkeitsstufe	Zahl der Spender
Stufe A - hohe Dringlichkeit. Kriterium: 1-11 Tage zwischen psychosomatischer Evaluation und Tx; Spender höchstens 5 Wochen mit den Informationen über die Möglichkeit und die Notwendigkeit für eine LDLT konfrontiert	15
Stufe B - mittlere Dringlichkeit. Kriterium: 12-35 Tage zwischen Evaluation und Tx: über 6 Wochen mit der Information über die Möglichkeit und Notwendigkeit für eine LDLT konfrontiert sein.	12
Stufe C – elektive LDLT	0
* bei einem Spender war der Grad der Dringlichkeit nicht einzuschätzen; weitere Details im Anhang	

2.7 Datenauswertung

2.7.1 Transkription der Interviews

Alle 28 präoperative und 18 postoperative auf Tonband aufgenommene Interviews wurden von einer Mitarbeiterin der Forschungsgruppe transkribiert, damit die Auswertung erfolgen kann. Die Transkription gibt eine Grundlage für eine ausführliche Auswertung. Die Interviews wurden nach den Richtlinien der Ulmer Textbank transkribiert (Mergenthaler & Stinson, 1992). Die Gespräche dauerten zwischen 10 und 90 Minuten. Im Durchschnitt besteht ein Interviewtranskript aus 5759 Wörtern.

2.7.2 Auswahl der Auswertungsmethode

Wie schon erwähnt, wurde für diese Studie die Anwendung von qualitativen Forschungsmethoden bevorzugt. Aus der Vielfalt unterschiedlicher Techniken und Richtungen innerhalb der qualitativen Forschung wurde eine Kombination von 3 verschiedenen Techniken ausgewählt: Komparative Kasuistik und Grounded Theory. Die ausgewählten Methoden basieren auf einem deskriptiven-interpretativen Ansatz qualitativer Forschung und erlauben es, den subjektiven Sinn der Spender bezüglich der erforschten Thematik zu erfassen, sich ihren Perspektiven anzunähern, deren Handeln in der gegebenen Situation nachvollzuziehen und das Phänomen Leberlebendspende besser zu verstehen. Jede dieser Methoden hat ihre Vor- und Nachteile, die in den folgenden Abschnitten dargestellt werden; ebenso wird erläutert, wie und warum die Entscheidung für eben jene Methoden fiel und wie vorangegangen wurde. In der folgenden Abbildung wird schematisch eine Übersicht der Methodik der Studiendesigns A und B dargestellt. Die einzelnen Schritte der Datensammlung und Auswertung werden anschließend detailliert beschrieben.

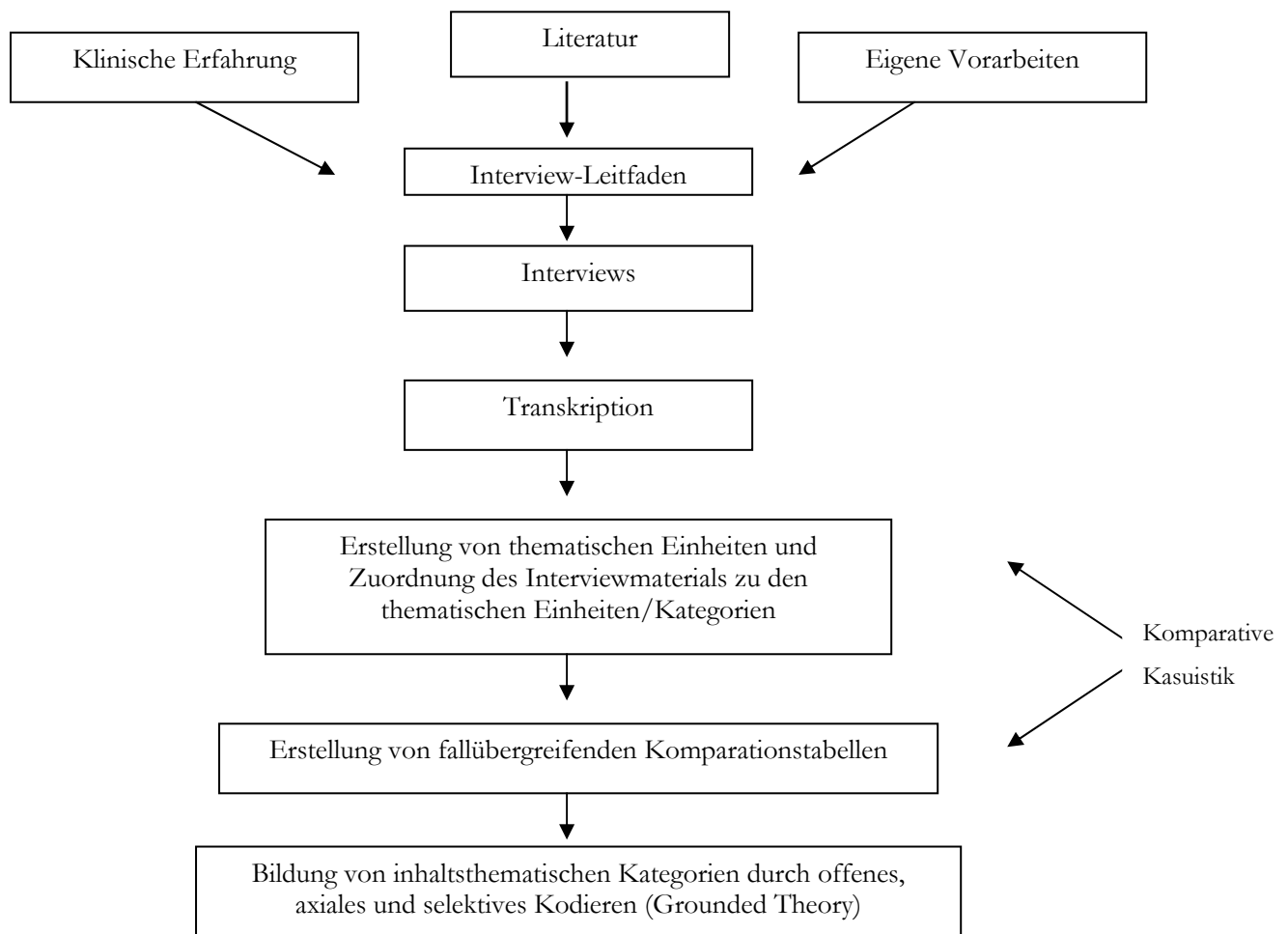


Abbildung 2. Methodik der Studiendesigns A und B

2.7.3 Beschreibung der Auswertungsmethode - Auswertungsschritte

2.7.3.1 Erstellung von Komparationstabellen

Der erste Schritt nach der Transkription war uns in Anlehnung an das Konzept der Komparativen Kasuistik (Jüttemann, 1990) im Rahmen unserer Forschungsgruppe, auf einige thematische Bereiche oder Einheiten festzulegen, nach denen dann Komparationstabellen (Frommer, 1997) erstellt werden sollten. Die Komparative Kasuistik bzw. die Erstellung von thematischen Komparationstabellen ist als ein Konzept zu verstehen, das benutzt wird, um ähnlich gelagerte Einzelfälle systematisch zu vergleichen und ein psychisches oder soziales Phänomen zu erforschen.

Die Vorgehensweise war wie folgt:

- die Forschungsgruppe hat sich zuerst ihre Vorannahmen und die Ziele der gesamten Forschung bewusst gemacht und über den Relevanzbereich, den Forschungsgegenstand und die Fragestellung reflektiert. So sind zuerst *deduktiv* einige thematische Einheiten (man könnte auch *formale Kategorien* dazu sagen) entstanden.
- Die Liste dieser thematischen Einheiten wurde bereichert der verändert nach der Auseinandersetzung der Forschungsgruppe mit einigen Interviews und der Zuordnung von Textpassagen zu den entsprechenden thematischen Einheiten. Wichtig war, dass die thematischen Einheiten nicht zu präzise formuliert wurden und eher weit gefasst waren, um so eine weitere Auseinandersetzung und ein eher induktives Analyseverfahren zu erlauben.
- Schließlich einigte sich die Forschungsgruppe auf eine endgültige Liste thematischer Einheiten und begann mit der Erstellung von Text-Komparationstabellen. Das bedeutet, dass jeder thematischen Einheit alle relevanten Textstellen aus allen 28 Interviews zugeordnet wurden.

Ein ähnliches Verfahren wurde bei der Erstellung der Komparationstabellen für die 18 postoperativen Interviews angewendet. Die folgenden zwei Tabellen beinhalten die endgültigen Listen der thematischen Einheiten für die Erstellung der Komparationstabellen für die prä- und postoperativen Interviews. Mit blau werden die thematischen Einheiten gekennzeichnet, die in der vorliegenden Arbeit nicht untersucht wurden, sondern als Material zur Qualifikationsarbeit einer weiteren Forscherin der Arbeitsgruppe dienten. Die übrigen

thematischen Einheiten, die zur Bildung von Komparationstabellen dienen, sind Untersuchungsgegenstand der vorliegenden Arbeit.

Tabelle 8. Thematische Einheiten für die Erstellung von Komparationstabellen für die präoperativen Interviews

<p>Dimension – Spender <i>Tabelle 1.</i> Biographie <i>Tabelle 2.</i> Aktuelle Lebenssituation <i>Tabelle 3.</i> Allgemeine Persönlichkeitscharakteristik <i>Tabelle 4.</i> Eigene Krankheiten</p>
<p>Dimension – Empfänger <i>Tabelle 5.</i> Biographie - Allgemeine Persönlichkeitscharakteristik <i>Tabelle 6.</i> Diagnosestellung <i>Tabelle 7.</i> Verlauf und Dauer der Erkrankung <i>Tabelle 8.</i> Ursache der Erkrankung</p>
<p>Dimension – Transplantation <i>Tabelle 9.</i> Beziehung zum Empfänger <i>Tabelle 10.</i> Entscheidungsfindung (Information, Motivation) <i>Tabelle 11.</i> Risikoeinschätzung <i>Tabelle 12.</i> Kommunikation über die Spende <i>Tabelle 13.</i> Verhalten der Ärzte <i>Tabelle 14.</i> Zukunftsperspektive</p>

Tabelle 9. Thematische Einheiten für die Erstellung von Komparationstabellen für die postoperativen Interviews

<p>Dimension Spender - Aktuell <i>Tabelle 1.</i> Körperlicher Zustand <i>Tabelle 2.</i> Psychischer Zustand <i>Tabelle 3.</i> Sozial-berufliche Situation <i>Tabelle 4.</i> Familie-Beziehungen <i>Tabelle 5.</i> Beziehung zum Empfänger</p>
<p>Dimension Empfänger – Verlauf /aktuell <i>Tabelle 6.</i> Körperlicher Zustand <i>Tabelle 7.</i> Psychischer Zustand <i>Tabelle 8.</i> Soziale Situation</p>
<p>Dimension Spende-Verlauf <i>Tabelle 9.</i> Vor der Operation <i>Tabelle 10.</i> Zustand nach der OP, Verlauf und Komplikationen <i>Tabelle 11.</i> Andere Komplikationen (z.B. Krankenkasse, im Beruf) <i>Tabelle 12.</i> Erfahrungen und Kritik <i>Tabelle 13.</i> Reaktionen des Umfelds <i>Tabelle 14.</i> Auswirkungen auf das Leben <i>Tabelle 15.</i> Entscheidungsfindung und Risikoeinschätzung <i>Tabelle 16.</i> Motivation <i>Tabelle 17.</i> Reflexion über die Entscheidung <i>Tabelle 18.</i> Zukunftsperspektive</p>

Wie haben uns für dieses Verfahren aus verschiedenen Gründen entschieden. Die Erstellung von Komparationstabellen in Anlehnung an das Konzept der Komparativen Kasuistik ermöglicht eine leichtere Verwaltung von großen Datenmengen und einer relativ große Stichprobe. Die Komparationstabellen machen die Erstellung von Vergleichsgruppen leichter bzw. sie können die Daten übersichtlicher gestalten. Weiterhin erlauben die Komparationstabellen, dass mehrere Untersucher an dem gleichen Material –nach thematischer Einheit- gleichzeitig arbeiten können oder dass das Material auf mehrere Untersucher aufgeteilt wird und simultan gearbeitet werden kann. Letztlich erlaubt dieses Konzept, dass bei der Definition der thematischen Einheiten Vorannahmen der Untersucher berücksichtigt werden. Bei der Auswahl dieser Methode war ebenfalls zu beachten, dass die Expertise in der Technik der Komparativen Kasuistik eines Hauptmitgliedes der Forschungsgruppe genutzt werden könnte.

Die Nachteile dieser Technik sind dass a) sie sehr aufwendig ist, b) der Gesamteindruck des Interviews bzw. der Erzählung des Interviewten durch das Aufbrechen und Zerteilen des Materials verloren geht und c) obwohl die zu entwickelnden thematischen Einheiten breit und inhaltlich wenig gehaltvoll sind, die formulierten Vorannahmen den Fokus bei der späteren Auswertung einengen könnten. Der größte Nachteil bleibt jedoch, dass die Komparative Kasuistik sehr unklare Vorgaben für die Auswertung des zu den verschiedenen thematischen Einheiten zugeordneten Textmaterials macht. Somit stand jedem Mitglied der Gruppe frei nach der Erstellung der Komparationstabellen die für ihn/ihr passende Auswertungsmethode an das Material anzuwenden, was wiederum zur Triangulation der Methoden in der Forschung und dadurch zur Erhöhung der Validität führen kann.

In der vorliegenden Studie basieren die Ergebnisse auf der Auswertung der Text-Komparationstabellen 10 und 11 für die präoperativen Aussagen der Spender (Studie A) und auf der Auswertung aller Text-Komparationstabellen 1-18 für die postoperativen Aussagen (Studie B). Die präoperativen Komparationstabellen 1-9 und 12-14 wurden von einem anderen Mitglied der Forschungsgruppe im Rahmen einer psychologischen Diplomarbeit untersucht. Es wäre ein zukünftiges Ziel der Forschungsgruppe die Ergebnisse dieser zwei Qualifikationsarbeiten zusammenzubringen. Ebenfalls wurde die präoperative Komparationstabelle 10 unter einer anderen Perspektive von einem weiteren Mitglied der Forschungsgruppe untersucht.

2.7.3.2 Gegenstandsverankerte Theorie –Grounded Theory

In einem zweiten Auswertungsschritt wurden bei der Analyse der Text-Komparationstabellen die Auswertungstechniken der Grounded Theory nach Glaser & Strauss (1967) bzw. Strauss und Corbin (1996) angewendet.

„Eine Grounded Theory ist eine gegenstandsverankerte Theorie, die induktiv aus der Untersuchung des Phänomens abgeleitet wird, welches sie abbildet. Sie wird durch systematisches Erheben und Analysieren von Daten, die sich auf das untersuchte Phänomen beziehen entdeckt, ausgearbeitet und vorläufig bestätigt. Folglich stehen Datensammlung, Analyse und die Theorie in einer wechselseitigen Beziehung zu einander. Am Anfang steht nicht eine Theorie, die anschließend bewiesen werden soll. Am Anfang steht vielmehr ein Untersuchungsbereich – was in diesem Bereich relevant ist, wird sich erst im Forschungsprozess herausstellen“ (Strauss & Corbin, 1996).

Die Grounded Theory erlaubt uns auf eine systematische Weise an den Text heranzugehen und induktiv abgeleitete, gegenstandsverankerte Kategorien zu bilden bzw. eine „Theorie“ über das untersuchte Phänomen zu entwickeln, die diesem gerecht wird und es erhellt. Die Forschungsergebnisse konstituieren eine Darstellung der untersuchten Wirklichkeit. Der Begriff „Theorie“ (theory) ist vielmehr als ein Konzept, was das untersuchte Phänomen erklären und verständlich machen soll, also eine *bereichsbezogene Theorie* und keine formale Theorie, kein Gesamtkonzept, was einen Teilbereich der Wissenschaft umfasst mit Anspruch auf weitere Verallgemeinbarkeit (Strauss, 1996). In dieser Tradition arbeitende Forscher hoffen zudem, dass ihre Theorien letztendlich innerhalb ihrer jeweiligen Disziplin zu weiteren Theorien in Beziehung gesetzt werden und zu einer kumulativen Erkenntniszunahme führen, deren Implikationen sich auch in der praktischen Anwendung bewähren (Strauss & Corbin, 1996).

Die Vorteile, die diese Methode birgt und die Gründe weswegen ich mich für sie entschieden habe, sind: a) klare Vorgaben zur Forschungsvorgehensweise und explizite Beschreibung der Auswertungstechniken, b) Maximale Offenheit gegenüber den empirischen Daten, keine vorab festgelegten Kategorien, c) Dichte der entwickelten Theorie, d) je nach Stichprobensammlung lassen sich relativ „Generalisierungen“ anstellen, e) Möglichkeit den Prozesscharakter eines Phänomens zu erfassen, f) international bekanntes, anerkanntes und häufig angewandtes qualitatives Auswertungsverfahren.

Die Nachteile der Methode sind, dass sie sehr aufwendig werden kann und dass eine potentielle unendliche Kodierungs- und Vergleichsmöglichkeiten gibt, was letztendlich zu

einem Kompromiss zwischen dem Anspruch auf theoretische Sättigung und einer Forschungsökonomie führt.

Der erste Schritt, mit dem bei der Auswertung nach der Grounded Theory vorgegangen wird, ist das **offene Kodieren**. Das ist der Prozess des Aufbrechens, Untersuchens, Vergleichens, Konzeptualisierens und Kategorisierens der Daten (Text/Interviews). Hier werden erste *Konzepte* und *Kategorien* zur Erklärung des Phänomens erstellt. Die Analyseeinheit wird vom Forscher bestimmt. In dieser Studie wurde eine Zeile-für-Zeile Analyse nach deren Sinneinheit durchgeführt. Jeder Analyseeinheit werden Bezeichnungen, Etiketten oder Codes gegeben. Das Ziel ist Daten und Phänomen in Begriffe zu fassen. Das Ergebnis des offenen Kodierens ist eine Liste der vergebenen Codes und der entstandenen Kategorien. Kategorien sind eine Klassifikation von Codes/Konzepten, die erstellt wird, wenn Konzepte miteinander verglichen werden und sich offenbar auf ein ähnliches Phänomen beziehen.

Das offene Kodieren ist eine sehr offene Herangehensweise an das Phänomen. Beim Kodieren stellt sich der Forscher bei der Auseinandersetzung mit dem Text mehrere Fragen, um sich dem Phänomen möglichst offen oder aus verschiedenen Perspektiven anzunähern.

- *Was?* Worum geht es hier? Welches Phänomen wird angesprochen?
- *Wer?* Welche Personen, Akteure sind beteiligt? Welche Rolle spielen sie dabei?
- *Wie?* Welche Aspekte des Phänomens werden angesprochen oder nicht?
- *Wann? Wie lange? Wo?* Zeit, Verlauf, Ort.
- *Wieviel? Wie stark?* Intensitätsaspekte?
- *Warum?* Welche Begründungen werden gegeben oder lassen sich erschliessen?
- *Wozu?* In welcher Absicht, zu welchem Zweck?
- *Womit?* Mittel, Taktiken und Strategien zum Erreichen des Ziels? (Flick, 1995)

Zur Verdeutlichung wird ein Beispiel des offenen Kodierens aus einem Interview darstellt.

Tabelle 10. Kodierbeispiel

TEXT	KODIERUNG
<p>„Ich habe mehr Ängste so weiterleben zu müssen, wie die letzten drei Monate.</p> <p>als jetzt endlich mal was entschei-, also ich bin jemand wenn, wenn er was in die Hand nehmen kann dann fühlt er sich besser, als ich wusste, dass ich eine Chance habe ihm zu helfen also war mein Zustand besser.</p> <p>Zugucken ist für mich, ist vielleicht auch berufsbedingt eine Katastrophe.</p>	<p>1. Angst/Schwierigkeit mit der Erkrankung des Empfängers umzugehen; 2. Leben mit der Erkrankung des Empfängers war sehr belastend; 3. Mit der Erkrankung des Empfängers zu leben erzeugt mehr Angst als die LDLT.</p> <p>1. Bedürfnis nach Kontrolle wichtig; 2. aktives Handeln gibt Gefühl der Kontrolle und dient der Angstreduzierung.</p> <p>1. Möglichkeit der LDLT, also Möglichkeit der Kontrolle über die Situation führte zu Erleichterung, gab Hoffnung.</p> <p>1. Gefühl der Hilflosigkeit beim Nicht-Handeln können; 2. Das Nicht-Handeln möglicherweise auch wegen der beruflichen Identität mit dem Selbstbild nicht zu vereinbaren.</p>
<p>→ Kategorien : a) LDLT dient der Kontrolle der Hilflosigkeit und der Angstreduzierung b) Nicht-Spenden mit dem Selbstbild nicht zu vereinbaren → Bewahrung des Selbstbildes</p>	

Der nächste Schritt bei der Auswertung ist das **axiale Kodieren**. Dieser Schritt dient dazu, die im offenen Kodieren entstanden Kategorien zu verfeinern und zu differenzieren. Die Kategorien und Subkategorien werden auf neue Art zusammengestellt und auf einer neuen und abstrakteren Ebene „in Beziehung zueinander gesetzt“ unter Berücksichtigung eines „Kodierparadigmas“, welches aus der Abbildung 3 ersichtlich wird. Dabei werden aus der Vielzahl der Kategorien diejenigen ausgewählt, deren weitere Ausarbeitung vielversprechend erscheint.

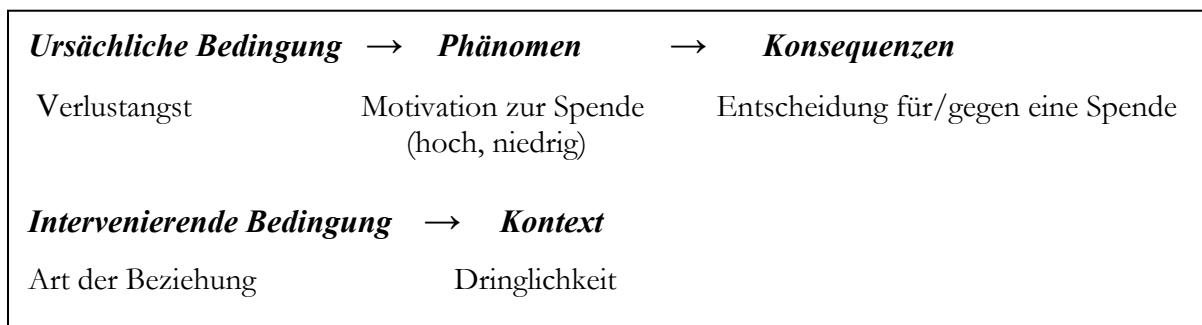


Abbildung 3. Beispiel für das In-Beziehung-Setzen von Kategorien anhand des Kodierparadigmas

Das Kodierparadigma ist ein Hilfsmittel, das der Forscher seinen Bedürfnissen und Fragen anpasst, um seine Information zu organisieren, zu verfeinern oder zu verdichten. Was zum Beispiel die Konsequenzen einer Handlung zu einem Zeitpunkt sind, können zu einem Teil der Bedingungen eines späteren Zeitpunkts werden.

Mit dem axialen Kodieren wurde die Grundlage entwickelt, um in den dritten Schritt der Auswertung, in das **Selektive Kodieren** überzugehen. Während des selektiven Kodierens entstanden Kategorien und Subkategorien, und es wurden erste Beziehungen zwischen den Kategorien festgehalten. Das Ziel ist nun, aus den erstellten Kategorien und Subkategorien das untersuchte Phänomen systematisch zu einem Bild der Wirklichkeit zu entwickeln. Dies passiert während des selektiven Kodierens. In dieser Phase wird eine **Kernkategorie** ausgewählt und in Beziehung zu den anderen Kategorien gesetzt. Diese Beziehungen werden anhand des Materials validiert und möglicherweise weiterentwickelt oder verfeinert. Es werden z.B. Unterkategorien gebildet, die Eigenschaften, wie beispielsweise Variationen, Intensität oder Häufigkeit dieser Kategorie, beschreiben (z.B. berufliche Entwicklung nach der Spende).

Die Kernkategorie wird als das zentrale Phänomen definiert, um das herum alle anderen Kategorien organisiert sind. Je nach Interesse, Perspektive und Fragestellung könnte man sich für eine unterschiedliche Kernkategorie entscheiden, und oft bieten sich mehrere Kategorien dafür an. Es ist jedoch wichtig, dass der Forscher sich auf *eine* Kernkategorie festlegt, die definiert, welches das untersuchte Phänomen ist und alle anderen anhand des „Kodierparadigmas“ (siehe oben), um diese herum organisiert.

Das axiale und das selektive Kodieren ähneln sich sehr, nur dass das selektive Kodieren dem oben beschriebenen Kodierparadigma folgend auf einer noch abstrakteren Ebene stattfindet. Die Ergebnisse des axialen Kodierens bilden die Grundlage für das selektive Kodieren.

Da es sich in dieser Arbeit erstmals um zwei voneinander getrennte Studiendesigns mit verschiedenen Schwerpunkten handelte, wurden demzufolge beim selektiven Kodieren zwei Kernkategorien entwickelt, die zwei unterschiedliche Phänomene beschreiben. So, legte ich mich auf eine Kernkategorie für die präoperative Studie („*Haltung bzw. Entscheidung bezüglich der Spende*“, siehe Kapitel 3) und auf eine Kernkategorie für die postoperative Studie („*Integrationsprozess der Spende ins Leben*“, siehe Kapitel 5 fest).

In einem weiteren Schritt (**Studie C**) sollten die Ergebnisse der ersten zwei „Studiendesigns“ zusammenbracht werden. Als Kernkategorie für die „Längsschnittuntersuchung“ wählte ich die Kernkategorie der postoperativen Untersuchung aus (siehe Kapitel 10). Die Kernkategorie der Studie A wurde somit als „einfache Kategorie“ der neuen Kernkategorie untergeordnet.

Wichtig ist hier zu erwähnen, dass die drei erwähnten Kodiertechniken nicht unbedingt in einer strikt linearen Abfolge durchgeführt werden. Die Übergänge sind fließend; in der Wirklichkeit bewegt man sich oft zwischen den verschiedenen Kodierverfahren hin und her, je nach den Erkenntnissen und Fragen, die auftauchen. An dieser Stelle sollte man auch den

Begriff des **Zirkulierens** einführen, der genau dieses Wechselspiel zwischen den verschiedenen Kodieretechniken beschreibt, aber auch das Pendeln zwischen induktivem und deduktivem Denken. Das heißt, dass beim Arbeiten mit den Daten ebenfalls deduktive Aussagen über Beziehungen zwischen Kategorien aufgestellt oder mögliche Subkategorien vermutet wurden. Diese Vermutungen werden nun anhand des Datenmaterials auf ihre Richtigkeit, Plausibilität und ihren Erklärungswert hin überprüft und sollen auch Aufschluss geben über Abweichungen, Ausnahmen oder Variationen und ihren möglichen Ursachen. Dies soll aufzeigen, ob unser Konstrukt stimmt oder ob es revidiert werden soll. Es wird ein ständiger Vergleich zwischen Fällen, Phänomenen und Begriffen unternommen und es werden ständig Fragen an den Text formuliert. Weiterhin ist es wichtig zu erwähnen, dass es sich bei der Erstellung der Kategorien als sinnvoll und nützlich herausstellt sich zum Teil an die thematischen Einheiten, die von der Forschungsgruppe für die Erstellung von Komparationstabellen entwickelt wurden, anzulehnen oder diese zu übernehmen, wie z.B. Kategorie „Risikoeinschätzung“ oder „körperliches Befinden“.

Am Ende der Auswertung entsteht ein komplexes Kategoriensystem, welches im Ergebnissteil der Arbeit (Kapitel 3-10) darstellen. Die Ergebnisse bzw. die Kategorien werden mit Textausschnitten aus den Interviews zur Veranschaulichung und Validierung belegt. Eine Übersicht über das Kategoriensystem oder die „Theorie“, die nach dem Prozess des selektiven Kodierens entstanden ist, reflektiert sich in das Inhaltsverzeichnis dieser Arbeit (Kapitel 3-10) oder in den Abbildungen 5 und 11.

Die Interviews wurden hauptsächlich von einer Person, nämlich der Verfasserin dieser Arbeit ausgewertet. Es ist jedoch aus Gütesicherungsgründen sehr wichtig zu erwähnen, dass mehrere Interviews sowie die Ergebnisse der Auswertung zusätzlich in einer Arbeits- bzw. Auswertungsgruppe für Forschungsprojekte, die qualitative Methoden anwendet, stattfanden. Dieser Gruppe gehörten zwei bzw. drei weitere Mitglieder der Forschungsgruppe „Leberlebendspende“ an.

Die „Grounded Theory“ benutzt Hilfsmittel, wie Diagramme, Schemata oder Tabellen, die dazu dienen dem Forscher die komplexen Zusammenhänge zwischen Konzepten offen zu legen, aber auch dem Leser die Ergebnisse zu verdeutlichen und ihm einen schnellen Überblick sich zu verschaffen. So werden in den Kapiteln 3 und 4 zur Darstellung der Ergebnisse solche Hilfsmittel benutzt.

Ein weiteres wichtiges Ziel bei der Auswertung ist das **Aufdecken von Mustern**, die dem aufmerksamen Forscher schon während des Kodierens auffallen. Muster sind wiederholt auftauchende Beziehungen zwischen bestimmten Kategorien. Es ist die Aufgabe des

Forschern diese zu identifizieren, die Daten entsprechend zu gruppieren, Beziehungen zu erstellen und diese an den Daten zu validieren. Der Forscher wird aufgefordert Fälle (unter bestimmten Aspekten) miteinander zu vergleichen bzw. gegenüber zu stellen. So gelingt dem Forscher nicht nur eine deskriptive Darstellung eines Phänomens, sondern auch die Entwicklung einer „Theorie“ mit gewisser Spezifität. Dann ist man in der Lage zu sagen: Unter diesen Bedingungen passiert dieses, während unter anderen Bedingungen jenes auftritt (Strauss, 1996).

Die Darstellung dieser Ergebnisse kann in der Grounded Theory mit so genannten „Musterfällen“ oder „Beispielfällen“ unterstützt werden. Bei diesen Fällen handelt es sich um Beschreibungen des untersuchten Phänomens, die von einer Person stammen bzw. aus einer erzählten Geschichte der Person entnommen werden, welche unter bestimmten ausgewählten Gesichtspunkten bzw. Kategorien beleuchtet wird. Die Darstellung solcher Fälle trägt dazu bei, dass das untersuchte Phänomen und seine Aspekte und Prozesse (soziale oder biographische etc.), die im Zentrum der Untersuchung stehen, beschrieben werden und somit ihre Varianz abgedeckt wird. Bei diesem Verfahren ist es durchaus möglich, dass „prototypische“ Fälle entstehen, in die die anderen Fälle perfekt passen. Gewöhnlich gibt es jedoch keine perfekte Passung oder Übereinstimmung, weil einige Fälle oft einen Übergangszustand darstellen oder weil intervenierende Bedingungen ins Spiel kommen und für Variationen sorgen. Nach der Darstellung der Ergebnisse der Studie werden im Kapitel 10 einige solcher „Musterfälle“ bzw. „Beispielfälle“ von Spendergeschichten zur Veranschaulichung der Ergebnisse beschrieben.

2.8 Gütekriterien in der qualitativen Forschung

Dem erfahrenen Forscher wird sofort klar, dass die Anwendung der klassischen Gütekriterien in dieser Art von Forschung schwierig wird. Da dies oft ein Punkt intensiver Diskussionen ist, wird das Thema der Gütesicherung in der qualitativen Forschung hier nur kurz angerissen. Bisher konnte man sich nicht auf Beurteilungskriterien für qualitative Untersuchungen einigen, was zum großen Teil auch darauf beruht, dass die qualitative Forschung in sich viele verschiedene wissenschaftliche Paradigmen beinhaltet (siehe 2.2.1 und Anhang). Generell gibt es zwei Tendenzen, deren Kombination möglicherweise die bisher die zufriedenstellendste Lösung bietet. Die erste Tendenz vertritt, dass die üblichen Kriterien „guter Wissenschaft“ (Validität, Reliabilität, Objektivität, Generalisierbarkeit etc.)

beibehalten werden sollen, aber eine Umdefinition erfahren sollen, damit sie der Wirklichkeit derjenigen qualitativen Forschung und der Komplexität sozialer Phänomene gerecht werden, die wir zu verstehen versuchen (Strauss, 1996). Die zweite Position tendiert zur Entwicklung neuer Kriterien, die den Paradigmen der qualitativen Forschung entsprechen und deren Bedürfnissen gerecht werden (Flick, 1995a). So, wird von Miles und Huberman (1994), in einem Versuch alte und neue Kriterien zusammenzubringen, folgende Verknüpfung vorgeschlagen:

Objektivität/Bestätigbarkeit

Reliabilität/Verlässlichkeit, Auditierbarkeit

Interne Validität/Glaubwürdigkeit, Authentizität

Externe Validität/Übertragbarkeit, Passung

Nutzung/Anwendung, Handlungsorientierung

Generalisierbarkeit/kontextabhängige Geltung und Anwendung von Ergebnissen.

Die Gründer der Grounded Theory haben in ihren Büchern (Strauss, 1996) Kriterien definiert, an welchen sich Forscher orientieren sollen, um die Qualität ihrer Arbeit zu sichern⁵.

Generell könnte man sagen, dass die Geltungsbegründung in der qualitativen Forschung zu einer Frage der Analyse der Forschung als Prozess wird (Flick, 1995a). Insgesamt wird in der qualitativen Forschung wissenschaftliche Rigorosität und Kompetenz an folgenden Techniken oder Kriterien gemessen: Gezielte Stichprobenerhebung, Angemessenheit der Methode an dem Forschungsgegenstand, Triangulation (Daten-, Untersucher-, Methoden- und Theorientriangulation), Erfahrung des Forschers im Forschungsfeld; Präsenz der Perspektive der untersuchten Population, Klarstellung des Untersuchungskontexts, Explikation des Forschungs- und Auswertungsprozesses, Systematik im Forschungs- und Auswertungsprozess, Intersubjektive Nachvollziehbarkeit, Rationalität der Argumentation, Demonstration des Zusammenhanges zwischen Ergebnissen und Daten⁶, konzeptuelle Dichte der entwickelten Kategorien, erfolgreiches Kommunizieren/Mitteilung der Ergebnisse, Originalität und Relevanz der Fragestellung und der Ergebnisse, Beitrag zur wissenschaftlichen Kenntnis (Flick, 1995a; Flick, 1995b; NHMRC, 2001; Lamnek, 1995a).

⁵ Der interessierte Leser sei auf folgende Bücher verwiesen, welche die Gütekriterien in der qualitativen Forschung im deutschsprachigen Forschungsraum ausführlich erörtern (Strauss, 1996; Flick, 1995a; Flick, 1995b).

⁶ Hier soll beantwortet werden, in wie fern die Ergebnisse in den Daten begründet sind

2.9 Reflexionen und Kritik zur Methode

Dem Leser wurden bisher der gesamte Forschungsprozess sowie einige Grundlagen qualitativer Forschung detailliert dargestellt. So sind die in den nächsten Kapiteln dargestellten Ergebnisse besser zu nachvollziehen und die Orientierung der Studie anhand der Gütekriterien qualitativer Forschung zu beurteilen. Dieses Kapitel schließe ich mit einigen Reflexionen zu den methodischen Aspekten der Studie ab.

2.9.3 Interviewer

Die Interviews wurden von drei verschiedenen Personen durchgeführt, die sich in Alter, Geschlecht, Nationalität und Erstausbildung unterschieden. Wenn man bedenkt, dass jedes Individuum einen persönlichen Kommunikationsstil besitzt, der Auswirkungen auf die Interaktion mit den Interviewten hat und demnach möglicherweise auch auf die Aussagen der Spender, würde sich daraus ein Nachteil für die so genannte „Interrater Reliabilität“. Um dies auszugleichen, benutzten alle Interviewer den gleichen semistrukturierten Leitfaden für die Interviewdurchführung und tauschten sich regelmäßig aus über die verschiedenen Fälle oder Schwierigkeiten in der Interviewdurchführung. Individuelle Unterschiede sind natürlich in den Interviews zu bemerken, eine absolute Homogenität im Frage- und Gesprächsstil wäre zum einen unmöglich, aber auch nicht erwünscht. Diese Unterschiede könnten mit einem anderen Auswertungsverfahren (z.B. Konversationsanalyse) mitberücksichtigt und ausgewertet werden, was in dieser Untersuchung nicht gemacht wurde. Aus einer anderen Perspektive ist es jedoch vorteilhaft Daten von drei verschiedenen Interviewern zu haben, da dies den realen Umständen des klinischen Alltags mit allen individuellen Unterschieden, Einflüssen und Unvorhersehbarkeiten entspricht. In einer Untersuchung eines sozialen Phänomens ist es wichtig, dass solche Aspekte bis zu einem gewissen Punkt mit einfließen können.

Die Verfasserin dieser Arbeit, also eine der insgesamt drei Interviewer, ist keine deutsche Muttersprachlerin, beherrscht jedoch die deutsche Sprache in befriedigendem Grad. Sie hatte nicht das Gefühl, dass sie nicht verstanden wurde oder dass sie die Interviewten nicht verstand, was der Leser auch aus *dem Band II dieser Dissertationsarbeit mit der Sammlung aller Interviewtranskribierungen* entnehmen kann. Weiterhin könnte ihre Erfahrung mit verschiedenen kulturellen Kontexten von Vorteil bei der Interviewführung (aber auch Auswertung) mit Interviewten ausländischer Herkunft (3 von 28 Spendern) gewesen sein.

2.9.4 Interviewkontext

Hier möchte ich aus der Erfahrung mit den Spendern und deren Beobachtung erwähnen, dass für einige Spender die Interviewsituation eine emotionale Überforderung darzustellen scheint. Es handelt sich um eine Situation, in welcher sie möglicherweise das Gefühl haben, dass ihre Motivation und vielleicht auch ihre Integrität als Menschen „evaluiert“ werden. Weiterhin fanden die Evaluationsgespräche in den meisten Fällen unter Zeitdruck und emotionalem Druck statt. Es wird vermutet, dass die Spender aufgrund des Drucks und der sozialen Erwartungen gegenüber einem Vertreter des Medizinalsystems dazu tendieren würden sich compliant zu verhalten und sich an die Situation anzupassen, damit sie positiv evaluiert werden. Gleichzeitig kann es gut möglich sein, dass sie größere Hemmungen hätten Zweifel und Ängste zu äußern. Desweiteren ist es vorstellbar, dass falls eine Vereinbarung für eine finanzielle Entschädigung zwischen Spender und Empfänger getroffen worden wäre, die Spender versuchen hätten dies zu verheimlichen und sich als sehr compliant darstellen würden. Der konkrete Interviewkontext (Datenerhebungskontext) beeinflusst verständlicherweise die Qualität der Daten, die entstehen. Was die Interviewten berichten, hängt davon ab, wie sie sich in diesem Kontext fühlen, wie sie mit dem Interviewer interagieren, was sie glauben, dass von ihnen erwartet wird oder was sie aus der Interviewsituation ziehen wollen. (Der Interviewkontext wurde explizit in den Abschnitten 2.4.2 und 2.4.3 beschrieben). Für die Interviewer ist es aus den oben genannten Gründen nicht immer einfach Hinweise auf Ambivalenz, Angst oder Organhandel zu erkennen und die Balance zwischen der Rolle des Evaluators und der Rolle des Mitfühlenden und für Ängste raumgebendem Interviewpartners zu halten. Weiterhin sind die Interviewer zum einen Teil des Medizinalsystems und standen dementsprechend unter dem dort üblichen Zeitdruck, der dazu hätte führen können Hinweise von Angst oder Handel zu übersehen; zum anderen haben sie persönliche Wertvorstellungen und Überzeugungen, die ihre Reaktionen bzw. Interpretationen auf die Aussagen der Spender hätten beeinflussen können. Es wurde versucht diese Probleme wie folgt zu bewältigen: a) durch Reflexion über die eigenen Vorurteile und Wertvorstellungen, b) Austausch über die eigenen Vorstellungen in den Supervisionsstunden oder unter Kollegen, c) Bewusstwerden der doppelten Rolle des Interviewers und d) der bewusste Versuch dem Interviewten gegenüber neutral und zurückhaltend zu bleiben, aber auch gleichzeitig offen für Hinweise auf Ambivalenz, Ängsten oder Organhandel zu bleiben. Als Verfasserin dieser Arbeit und als Interviewerin empfinde ich es als wichtig, die zwei verschiedenen parallelen Aufgaben bzw. Rollen, die ich während des Interviews erfüllen

sollte, zu thematisieren. Die Aufgabe sowohl eine Forscher- und eine Klinikerperspektive aufrecht zu erhalten, also die Spender klinisch zu evaluieren und/oder zu unterstützen und als auch die wissenschaftlichen Ziele und Interessen zu verfolgen und die fachliche Neugierde zu befriedigen stellte sich als Herausforderung heraus. Aus ethischen und klinischen Gründen stand oft die Klinikerperspektive im Vordergrund, was sich mit dem Gesichtspunkt, unter dem die Studie durchgeführt wurde, vereinbaren liess, nämlich dass wir über das ideale klinische Material zur Beantwortung von Fragestellungen verfügen: Fragestellungen die in der Literatur als wichtig erachtet werden aber ungelöst bleiben.

2.9.5 Stichprobe

Die Auswahl und die Beschreibung unserer Stichprobe wurden im Abschnitt 2.6 ziemlich detailliert dargestellt. Ein großer Teil der Stichprobe wurde nach dem „Zufallsprinzip“ (chronologische Reihe) ausgewählt, um Bias zu vermeiden und ein weiterer Teil nach dem Prinzip des theoretischem Sampling, um gezielt das Phänomen in seiner Breite zu erfassen und möglichst viele Aspekte einzubeziehen. Die Größe unserer Stichprobe entspricht weitgehend den Standards in der qualitativen Forschung. Natürlich wäre es möglich nach dem theoretischen Sampling weitere Personen in die Stichprobe mit einzubeziehen, um möglichst viele Aspekte in ihrer ganzen Ausbreitung zu berücksichtigen. Eine Qualifikationsarbeit ist jedoch, wie auch jede wissenschaftliche Untersuchung, ein Akt der Balance zwischen potentieller Unendlichkeit der Forschungsfragen und zeitlichen sowie persönlichen Ressourcen. Sehr zu bedauern ist, dass es bei der postoperativen (follow-up) Untersuchung der präoperativ evaluierten Spender, die tatsächlich auch gespendet haben, zu einem Verlust von zwei Personen kam. Besonders wichtig und interessant wäre es gewesen vor allem von einem Spender ein follow-up zu haben. Dieser weigerte sich zur postoperativen Untersuchung zu kommen und schien sich zurückzuziehen, da der Verlauf beim Empfänger sehr schlecht war. Dies ist ein Phänomen, was aus der gesamten klinischen Erfahrung mit weiteren Fällen bestätigen wird, dass in Fällen, in denen das Outcome bei den Empfängern schlecht war, die Spender oft nicht oder nur zögerlich zur postoperativen Evaluation kamen.

2.9.6 Auswertung

Die Auswertung der Interviews, bzw. die Auseinandersetzung mit den Daten zog sich insgesamt über einen Zeitraum von 1 ½ Jahren hin. Wie im Abschnitt 2.7.3.2 erwähnt,

handelte es sich dabei um einen zyklischen Prozess, der begleitet wurde von Selbstreflexion, wachsender klinischer Erfahrung - auch mit anderen Arten von Lebendspende und Organtransplantationen. Gleichzeitig wurden wissenschaftlichen Diskussionen und Pressereaktionen über diese Themen mitverfolgt und es fand ein reger Austausch in Arbeitsgruppen und mit Kollegen statt, so dass man davon ausgehen kann, dass die Sensibilität und Aktualität gegenüber dem Forschungsthema hoch blieb.

Dass die Sprache der Transkripte nicht die Muttersprache der Forscherin, schien kein Problem darzustellen. Die Auswertung in Gruppen (wie oben erwähnt) ist ein weiteres Kriterium für die Gütesicherung gewesen. Die Forscherin verfügt über ausreichend Erfahrung, da diese wissenschaftliche Arbeit ihre dritte unter Anwendung qualitativer Methoden gewesen ist. Die Kombination der verschiedenen Auswertungsverfahren schien, obwohl sehr aufwendig, der Forschungssituation und dem Forschungsgegenstand angemessen. Die Gründe für die Auswahl der konkreten Auswertungsverfahren sowie deren Vor- und Nachteile wurden ausführlich erklärt.